

*Datos a rellenar por Geniality*

Código paciente:

Fecha/Hora:

### DATOS DEL SOLICITANTE

Dr. (Nombre y Apellidos):

Centro/Hospital/Consulta:

Servicio/Unidad:

Teléfono de contacto:

Dirección:

Ciudad:

CP:

Provincia:

E-mail:

CIF/NIF:

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Nº de Historia Clínica:

Nombre y Apellidos del cónyuge:

Teléfono de contacto:

Dirección:

Ciudad:

CP:

Provincia:

E-mail:

NIF:

### DATOS CLÍNICOS

INDICACIÓN, RESUMEN HISTORIA CLÍNICA O ANTECEDENTES PERTINENTES

### PRUEBA SOLICITADA (marque la o las pruebas a realizar)

ESTUDIO DE FISH EN ESPERMATOZOIDES

ENSAYO FRAGMENTACIÓN DE  
ADN EN ESPERMATOZOIDES

ESTUDIO DE MICRODELECCIONES EN CROMOSOMA Y

Conforme a la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el peticionario debe disponer del consentimiento del paciente para llevar a cabo las pruebas diagnósticas solicitadas y para el tratamiento de sus datos. De este modo, y como información a facilitar al paciente, hemos de comunicarles que los datos recogidos en el presente formulario serán incorporados a un fichero automatizado de carácter confidencial, debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, conforme a los términos establecidos en la Ley 15/1999, cuya titularidad corresponde a Geniality Diagnóstico Genético, S.L., con la finalidad de gestionar el estudio de diagnóstico en el formulario descrito, pudiendo ejercer el paciente en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, reconocidos por la citada normativa en materia de protección de datos de carácter personal, dirigiéndose a la siguiente dirección : Geniality Diagnóstico Genético SL, PTM-C/Santiago Grisolia 2, Tres Cantos, 28760 Madrid.

**DATOS DE LA MUESTRA**

Fecha de obtención de la muestra:

Hora:

**TIPO DE MUESTRA:**

**Para estudio de microdeleciones del cromosoma Y**

**SANGRE PERIFÉRICA (para estudio de microdeleciones del cromosoma Y)**

**FROTIS BUCAL CON TORUNDA o HISOPO**

**Para los estudios de FISH en espermatozoides y fragmentación de ADN**

**SEMEN**

**INSTRUCCIONES PARA EL LABORATORIO**

**Para estudio de microdeleciones del cromosoma Y**

Un tubo de 3 ml de sangre periférica es suficiente. Es importante que el tubo de recogida de muestra sea de tapón morado o tenga heparina como anticoagulante. Si la toma de muestra se realiza con hisopo o torunda consulte las instrucciones de toma de muestra en nuestra WEB. El envío de la muestra se puede realizar a temperatura ambiente.

**Para el estudio de FISH en espermatozoides:**

Tras la obtención de la muestra, realice un recuento de concentración y anote el volumen. Transfiera la muestra a un falcón o tubo de 8 ml y ciérrelo bien, sellándolo con parafilm o similar. El envío de esta muestra se puede realizar a temperatura ambiente.

**Para el estudio de fragmentación de ADN:** Protocolo de obtención de la muestra y material necesario

**MATERIAL**

- Eppendorf resistente a congelación, tubos de criopreservación.
- Diluyente seminal o PBS
- Congelador de -20°C

**PROTOCOLO**

- Una vez obtenida la muestra Licuar y diluir la muestra siguiendo los protocolos habituales del centro
- Preparar la muestra para el envío diluyendo la muestra hasta una concentración entre 5 y 10 millones de espermatozoides/ml en el diluyente habitual o en PBS.
- Alicuotar 500 microlitros de la muestra en eppendorf resistente a congelación o tubo de criopreservación. Asegúrese de que el tubo esta bien cerrado y si es necesario introdúzcalo en un falcón para evitar la perdida de muestra.
- Marcar el eppendorf o pajuela con un código individual, inequívoco e indeleble.
- Mantener en congelador de -20°C hasta envío.

**NOTA : EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA Y SU CONGELACIÓN A -20°C DEBE SER EL MÍNIMO NECESARIO**

El envío de muestras para fragmentación debe realizarse en hielo seco/ nieve carbónica o nitrógeno líquido.

Conforme a la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el peticionario debe disponer del consentimiento del paciente para llevar a cabo las pruebas diagnósticas solicitadas y para el tratamiento de sus datos. De este modo, y como información a facilitar al paciente, hemos de comunicarles que los datos recogidos en el presente formulario serán incorporados a un fichero automatizado de carácter confidencial, debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, conforme a los términos establecidos en la Ley 15/1999, cuya titularidad corresponde a Geniality Diagnóstico Genético, S.L., con la finalidad de gestionar el estudio de diagnóstico en el formulario descrito, pudiendo ejercer el paciente en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, reconocidos por la citada normativa en materia de protección de datos de carácter personal, dirigiéndose a la siguiente dirección : Geniality Diagnóstico Genético SL, PTM-C/Santiago Grisolia 2, Tres Cantos, 28760 Madrid.

**RECUESTO DE LA MUESTRA (únicamente para muestras de semen)**

**Volumen:**

**Concentración:**

**OBSERVACIONES**

**DATOS DEL TRANSPORTE**

**Transporte** realizado por:

Fecha de envío:

**Condiciones** de transporte de la muestra: ( ) Tª ambiente ( ) Hielo seco ( ) N-líquido

**Dirección de envío:** Geniality Diagnóstico Genético, Parque Científico de Madrid Calle Santiago Grisolia nº 2, 28760 Tres Cantos Madrid

**DATOS DE FACTURACIÓN**

( ) **Facturación al centro/hospital**

( ) **Facturación al paciente**

**Dirección de facturación** (a rellenar solo si difiere de la indicada arriba)

Ciudad:

CP:

Provincia:

**CIF/NIF:**

**FIRMA DEL SOLICITANTE**

Declaro que el/los individuos objeto del estudio han firmado el consentimiento informado para la realización del estudio genético y que este ha sido incluido en su historia clínica.

Firma/ Nombre y Apellidos/ Fecha

**Para cualquier consulta no dude en ponerse en contacto con nosotros: Geniality Diagnóstico Genético, c/ Santiago Grisolia nº2, Parque Científico de Madrid, 28760 Tres Cantos, Madrid, TEL. 91 126 69 63, email: info@geniality.es**

Conforme a la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente y a la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, el peticionario debe disponer del consentimiento del paciente para llevar a cabo las pruebas diagnósticas solicitadas y para el tratamiento de sus datos. De este modo, y como información a facilitar al paciente, hemos de comunicarles que los datos recogidos en el presente formulario serán incorporados a un fichero automatizado de carácter confidencial, debidamente inscrito en la Agencia Española de Protección de Datos, conforme a los términos establecidos en la Ley 15/1999, cuya titularidad corresponde a Geniality Diagnóstico Genético, S.L., con la finalidad de gestionar el estudio de diagnóstico en el formulario descrito, pudiendo ejercer el paciente en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, reconocidos por la citada normativa en materia de protección de datos de carácter personal, dirigiéndose a la siguiente dirección : Geniality Diagnóstico Genético SL, PTM-C/Santiago Grisolia 2, Tres Cantos, 28760 Madrid.